Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153712_0269

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR ROAD
PALO ALTO, CALIFORNIA

Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Universität
Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. Voelcker.

1922

JUN 19 1923

Differentialdiagnose der Nierenkolik mit besonderer Berücksichtigung der Nierensteinkolik.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Hellmuth Ackermann

aus ~~Halle~~ a. S.

Referent: Professor Dr. Voelcker.

Druck von W. Hendrichs, Halle a. S.
1922.

Die als Nierenkoliken bezeichneten heftigen Schmerzanfälle entstehen durch akute Steigerung des Binnendrucks der Niere bezw. bei Ureterkolik des Ureters; auch können mal krampfartige Kontraktionen der Uretermuskulatur Koliken auslösen. Diese Drucksteigerung wird entweder durch eine mechanische Abflußhemmung wie bei Steinen, Wanderniere, Hydro- bezw. Pyonephrosen, malignen Tumoren, Tb der Niere usw. hervorgerufen oder durch akute Kongestionen, Entzündungsschübe und Blutergüsse in das Parenchym. Das Bild der häufigsten Nierenkolik, der Nierensteinkolik, ist wohlbekannt, aber die der Nierensteinkolik zugehörigen Symptome sind so variierend, daß eine Unterscheidung von Blinddarmentzündung, Magen-, Pancreas- und Darmerkrankungen, Gallenkolik, Lumbago etc. oft sehr schwierig ist. Eine rechtsseitige Nierenkolik von einer Blinddarmentzündung zu trennen, besonders wenn letztere ohne Exsudatbildung und Fieber verläuft oder wenn bei ihr der peritoneale Blasenüberzug ergriffen ist oder sich die Entzündung im retrocökalen Bindegewebe nach aufwärts entwickelt hat, wodurch der Nierenkolik zugehörige Symptome ausgelöst werden, ist oft fast unmöglich. Nur die genaue Anamnese, die Lokalisation und Art der Schmerzen, Feststellung der bei beiden Erkrankungen verschiedenen Druckpunkte mit oberflächlicher oder tiefer Druckempfindung, weniger oder stärker verbreiteter Défence muskulaire, Nachweis einer ev. Head'schen Zone mit Succussio renalis und schließlich Urinuntersuchung und Blutbild vermögen dann unsere Diagnose nach dieser oder jener Richtung hin zu beeinflussen. Auch bei der Unterscheidung von Nieren- und Gallenkolik, besonders wenn einerseits Ikterus fehlt und die Gallenblase nicht vergrößert ist, andererseits die Schmerzen von der Niere besonders in die Leberpfortengegend ausstrahlen, kommt es neben der selbstverständlichen Urinuntersuchung auf genaue Lokalisation der Druckempfindlichkeit an (Untersuchung in l. Seitenlage, um gesonderten Druck auf Niere und Gallenblase ausüben zu können). Oberflächliche Druckschmerzhaftigkeit, Eintritt des Schmerzanfalls bei Nacht, Abhängigkeit der Schmerzen von der Nahrungsaufnahme, Steigerung durch Atmung, weniger durch Bücken, Ausstrahlung nach oben und hinten, Défence musculaire im Gebiet des

oberen Rektus, Zurückbleiben dieser Partie bei der Atmung, fehlender rechter oberer Bauchdeckenreflex, Head'sche Zone im Bereich der Leberdämpfung, Hyperaesthesie der Haut rückwärts nicht wie bei Nierenkolik bis zur 12. Rippe reichend, Succussio hepatalis usw. sprechen für Gallenkolik. Okklusions- u. Strangulationsileus sind von den mit Ileuserscheinungen einhergehenden Nierenkoliken durch die fehlende Bauchdeckenspannung, Peristaltik und peristaltischen Schmerz bei Okklusionsileus, durch den kontinuierlichen, fixierten Schmerz, der durch Druck nicht gesteigert wird, durch das Wahl'sche und Schlangesche Zeichen und den bald einsetzenden Chok und Kollaps bei Strangulationsileus leichter zu trennen, wenn nur die Nierenkolik differentialdiagnostisch bei Ileuserscheinungen in Erwägung gezogen wird. Ebenso lassen sich Magenerkrankungen von Nierenkoliken, bei denen die Schmerzen besonders in die Magengrube ausstrahlen, leicht unterscheiden, während Pancreassteinkoliken oder Kolikschmerzen bei Pancreasysten nur auf Grund sorgfältiger Urinuntersuchung bezw. auf Grund des Palpationsbefundes von Nierenkoliken zu trennen sind. Häufig haben die variierenden Symptome der Nierenkolik dazu geführt, daß Patienten mit Nierenkoliken auf Lumbago behandelt wurden trotz der Verschiedenheit beider Krankheitsbilder. Auch hier ist die Differentialdiagnose schon gestellt, wenn nur an sie gedacht wird. Wie oft Nierenkoliken auch heute noch verkannt werden, geht aus den Krankengeschichten der Chirurg. Univ.-Klinik aus den letzten 2 Jahren deutlich hervor. Es handelt sich um 30 Fälle von Nierensteine, davon 27 mit Koliken; 8 Fälle von Uretersteine, alle 8 mit Koliken; 9 Fälle von Wanderniere, davon 4 mit Koliken; 6 Fälle von Tb der Niere, 2 mit Koliken; 8 Fälle von Nierentumoren, 1 mit Koliken nud um 14 Fälle von Pyo- bezw. Hydronephrose, davon 10 mit Koliken. In den mit Koliken einhergehenden Fälle wurde fälschlicherweise die Diagnose auf Blinddarmentzündung 9 mal (davon 3 Fälle operiert), auf Magenerkrankung 2 (4?) mal (1 Fall operiert), auf Lumbago 4 mal, auf Ileus 1 mal, auf Gallensteine 1 mal (op.), auf Milzschwellung mit Schmerzanfällen (es handelte sich um Hydronephrosen) 2 mal und auf Retro flexio uteri 1 mal (op.) außerhalb der Klinik gestellt.